

PATIENT NAME: _____

DOB: _____

MRN: _____

Patient Financial Consent

You (or you as personal representative on behalf of your dependent/minor, as a parent or authorized adult) agree to medical treatment and services rendered by Dignity Health. You will receive a full explanation prior to any testing, procedure or referral and you will be given the opportunity to decline or seek further information. You agree to pay the charges for services when billed. You understand that payment for services received, as well as payment from your insurance carrier, is your responsibility unless other arrangements are made beforehand. In some instances, Dignity Health cannot bill your insurance carrier, such as cases involving auto accidents or insurance liens. However, you may be provided with all of the information necessary to submit a claim to your insurance should one of these instances apply. You authorize Dignity Health to release the required information from your medical record to any insurer or compensation carrier requiring that information to settle a claim on your behalf.

Consent to Treat

You (or you as a personal representative on behalf of your dependent/minor, as a parent or authorized adult) consent to healthcare, including routine diagnostic procedures and other health services provided by Dignity Health, and its authorized agents and personnel.

You understand that no guarantees have been made as to the results of treatments, examinations or other health services rendered by Dignity Health.

Medication Refills

Please contact your preferred pharmacy to request medication refills. Once the request has been received, refills will be completed within 3 business days.

Patient Rights and Responsibilities

You understand that you can request a copy of the patient rights and responsibilities brochure.

Consent

Patient Name_____
Date_____
Patient/Guarantor/Responsible Party Signature_____
Guarantor/Responsible Party Name
(If signed by someone other than patient)

Consentimiento financiero del paciente

Usted (o usted como representante personal en nombre de su dependiente/menor, como padre o adulto autorizado) acepta el tratamiento médico y los servicios prestados por Dignity Health. Recibirá una explicación completa antes de cualquier prueba, procedimiento o derivación y se le dará la oportunidad de rechazar o buscar más información. Usted se compromete a pagar los cargos por los servicios cuando se le facturen. Usted entiende que el pago de los servicios recibidos, así como el pago de su compañía de seguros, es su responsabilidad a menos que se hagan otros arreglos de antemano. En algunas instancias, Dignity Health no puede facturarle a su compañía de seguros, por ejemplo en los casos que involucran accidentes automovilísticos o gravámenes del seguro. Sin embargo, se le puede proporcionar toda la información necesaria para presentar una reclamación a su seguro en caso de que se produzca uno de estos casos. Usted autoriza a Dignity Health a divulgar la información requerida de su expediente médico a cualquier asegurador o compañía de compensación que requiera esa información para resolver una reclamación en su nombre.

Consentimiento para el Tratamiento

Usted (o usted como representante personal en nombre de su dependiente/menor, como padre o adulto autorizado) da su consentimiento para la atención médica, incluyendo los procedimientos de diagnóstico de rutina y otros servicios de salud proporcionados por Dignity Health, y sus agentes y personal autorizados.

Usted entiende que no se han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos, exámenes u otros servicios de salud prestados por Dignity Health.

Reposiciones de medicamentos

Póngase en contacto con su farmacia preferida para solicitar la reposición de medicamentos. Una vez recibida la solicitud, las reposiciones se completarán en un plazo de 3 días hábiles.

Derechos y responsabilidades del paciente

Comprende que puede solicitar una copia del folleto de derechos y responsabilidades del paciente.

Consentimiento

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente/garante/responsable

Nombre del garante/responsable
(Si firma otro en nombre del paciente)